N° 58

DE

LA GRIPPE

A

FORME TYPHOÏDE

(ÉTUDE CLINIQUE — DIAGNOSTIC)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Juin 1900

PAR

Raoul SAUREL

Né à Nimes le 13 octobre 1875

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX (Concours 1896)

ANCIEN INTERNE PROVISOIRE DES HOPITAUX (Concours 1898)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CHARLES BOEHM

DELORD-BOEHM ET MARTIAL, SUCCESSEURS

EDITEURS DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

1900

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. VIALLETON..... DOYEN
HAMELIN (✻)..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Hygiène	MM. BERTIN-SANS (✻)
Clinique médicale	GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie	GRYNFELTT.
Thérapeutique et Matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✻).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS.
Opérations et Appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et Toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	N....
id.	Bosc (Chargé du Cours).

Doyen honoraire : M. MAIRET (✻).

Professeurs honoraires : MM. JAUMES, DUBRUEIL (✻), PAULET (O. ✻).

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Accouchements	MM. PUECH, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agrégé.
Pathologie générale	RAUZIER agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BROUSSE.	MM. DE ROUVILLE.	MM. GALAVIELLE.
RAUZIER.	PUECH.	RAYMOND.
LAPEYRE.	VALLOIS.	VIRES.
MOITESSIER.	MOURET.	IMBERT.
BOSC.	DELEZENNE.	H. BERTIN-SANS.

MM. H. GOT, *Secrétaire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. DUCAMP, *président.*	MM. RAUZIER, agrégé.
CARRIEU, professeur.	VIRES, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

R. Saurel.

A MES PARENTS

A MES AMIS

R. SAUREL.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur DUCAMP

R. SAUREL.

PRÉFACE

En commençant ce travail, il est un devoir bien doux pour nous à remplir et auquel nous ne saurions manquer. C'est de remercier tous les Maîtres qui, dans le cours de nos études médicales, nous ont instruit, guidé et soutenu, tant par leur science que par leur dévouement.

M. le professeur Ducamp nous a témoigné, dès le début de nos études, une bienveillante amitié dont nous aurions voulu être plus digne. Ce Maître a bien voulu accepter aujourd'hui la présidence de notre thèse. Qu'il reçoive l'assurance de notre vive gratitude et de notre profonde affection.

M. le professeur Carrieu a droit également à nos remerciements. Nous n'oublions pas que c'est dans son service que nous avons fait nos premiers pas dans la médecine. C'est grâce à ses savantes leçons et à ses bons conseils que nous nous sommes peu à peu familiarisé avec les difficultés de la clinique.

Nous assurons de notre sincère reconnaissance M. le professeur-agrégé de Rouville, dont les leçons nous ont toujours si vivement intéressé, et qui, bien des fois, nous a donné des marques inoubliables de sympathie.

C'est avec plaisir que nous nous souviendrons toujours du temps passé dans les services de MM. les professeurs Mairet, Grasset, Forgue, Baumel, Brousse, ainsi qu'à la consultation externe de M. le professeur-agrégé Rauzier. Que tous ces

Maîtres veuillent bien accepter l'assurance de notre respectueuse reconnaissance.

M. le professeur Bosc, MM. les professeurs-agrégés Lapeyre, Puech, Vires, nous ont toujours témoigné une bienveillante sollicitude. Nous ne l'oublierons pas.

Nous remercions enfin nos amis, les docteurs Lagriffoul, chef de clinique ; Orssaud et Soubeyran, internes des hôpitaux, qui ont bien voulu nous communiquer des observations.

DE LA GRIPPE

A FORME TYPHOÏDE

(ÉTUDE CLINIQUE — DIAGNOSTIC)

INTRODUCTION

Nous avons eu l'occasion d'observer, ces derniers mois, dans le service de notre Maître, M. le professeur Carrieu, quelques cas isolés de grippe à forme typhoïde. Nous en avons rapproché et groupé les observations, et il nous a paru intéressant de faire de cette étude le sujet de notre thèse inaugurale.

On trouve décrites, dans les auteurs, de nombreuses modalités de la grippe : on y étudie les formes thoracique, nerveuse, abdominale ; on a même, dans certaines épidémies, rencontré des formes « cholérique » et « dysentérique ». La forme typhoïde qui va faire l'objet de ce travail est relativement rare. Ce qui en fait l'intérêt, ce sont ses rapports avec la dothiénentérie et les difficultés qu'il y a pour le clinicien de différencier ces deux affections.

En effet, la forme typhoïde de la grippe nous présente un ensemble de symptômes qui se rapprochent beaucoup de ceux de la dothiénentérie. Nous voulons parler des phéno-

mènes nerveux et abdominaux qui, au premier abord, donnent au malade l'aspect d'un typhique.

Cette forme de la grippe ne survient pas toujours en cours d'épidémie, ce qui rend plus délicat encore le diagnostic. Les quelques observations que nous avons eu la bonne fortune de recueillir sont des cas de grippe isolés, trois notamment survenus dans le courant du mois d'avril, alors qu'il n'y avait plus trace d'épidémie. On comprend que, dans ces conditions, le praticien hésite à se prononcer.

Grippe ou fièvre typhoïde, comment trancher le diagnostic?

Notre but, dans ce modeste travail, est de réunir autant que possible tous les signes cliniques, qui permettent d'établir le diagnostic différentiel entre les deux affections.

Pour cela, voici le plan que nous avons adopté :

Après avoir donné un aperçu historique de la question, nous groupons un certain nombre d'observations, quelques-unes dont nous avons pu suivre nous-même l'évolution ; d'autres trouvées dans la littérature médicale et qui nous ont paru les plus caractéristiques. Nous joignons à la plupart d'entre elles le tracé thermique pour que l'on puisse plus facilement juger des rapports et des dissemblances qui peuvent exister entre les différentes courbes.

Ce relevé d'observations sera suivi d'une étude clinique de la maladie, étude aussi complète que possible, qui nous conduira tout naturellement au chapitre du diagnostic.

Dans ce chapitre, nous relèverons les divers signes cliniques qui peuvent aider à différencier les deux maladies ; nous étudierons également l'importance considérable du séro-diagnostic de Widal comme moyen d'absolue certitude.

Nous dirons enfin quelques mots du pronostic et du traitement, et nous terminerons par nos conclusions.

Nous aurions voulu compléter cette étude par un chapitre d'étiologie et d'anatomie pathologique. Nous avons cherché

dans les auteurs, et plus particulièrement chez les malades qu'il nous a été donné d'observer, quelques éléments qui puissent créer chez eux une prédisposition à réaliser la forme typhoïde de la maladie que nous envisageons. Rien dans leurs antécédents personnels ou dans leur hérédité ne nous a permis de conclure dans ce sens. Presque tous nos malades étaient des sujets jeunes, non alcooliques, et n'ayant, aucun, de passé intestinal. Nos recherches ont donc été infructueuses sur ce point.

Il ne nous a pas été donné davantage d'examiner l'anatomie pathologique de la grippe à forme typhoïde : aucun des malades observés n'ayant succombé à sa maladie. Il eût été sans doute intéressant de faire un parallèle entre les lésions intestinales, par exemple, d'un grippé et d'un typhique. Il est fort possible qu'il existe des ulcérations des plaques de Peyer, dans un cas comme dans l'autre (notre observation I nous le fait au moins supposer). Mais nous n'avons pas voulu à la légère, et sans pièces à l'appui, entamer ces discussions, et force nous a été de borner notre étude.

HISTORIQUE

Bien que relativement rare, la forme typhoïde de la grippe avait été remarquée par les auteurs, et, s'il en est peu qui la décrivent, presque tous l'ont du moins signalée.

Si nous remontons au commencement du siècle, nous trouvons mentionné dans les relations de l'épidémie de 1803 « qu'il n'était pas rare de voir la grippe se compliquer de phénomènes de fièvre adynamique ». En 1837, les médecins eurent l'occasion d'observer des cas nombreux de grippe à forme typhoïde. Pétrequin rapporte qu'il a vu «nombre de malades qui ont présenté la forme typhoïde la plus intense»; Gintrac, Lombard, Martin, insistent sur la difficulté qu'a présentée dans certains cas le diagnostic différentiel de la grippe et de la fièvre typhoïde.

L'opinion du Dr Brochin dans son article « Grippe » du *Dictionnaire des sciences médicales* est tout à fait identique. Voici ce qu'il nous dit : « Dans quelques épidémies, les phénomènes abdominaux se sont élevés à un tel degré d'intensité que, joints à la stupeur, à l'insomnie, à l'agitation et au délire, ils ont pu en imposer pour la fièvre typhoïde : telle a été l'épidémie de Liège rapportée par Lombard ».

Moutard-Martin dans l'épidémie de 1867 signale également quelques cas de grippe à forme typhoïde ; l'année suivante, M. Hérard observe de nouveaux cas de grippe simulant la dothiénentérie.

Dans l'épidémie de 1870-71, on retrouve la même forme,

Moissenet, Hérard, attirent là-dessus l'attention des cliniciens « Quelquefois, dit Moissenet, dans le cours de l'affection grippale éclatait une fièvre qui la plupart du temps revêtait la forme ataxique ou adynamique. »

En 1873, l'épidémie, quoique restreinte, revêt un caractère d'intensité assez accentué. « Les malades présentent un état de prostration atteignant parfois le degré de l'adynamie de la fièvre typhoïde ».

Homolle reconnaît que « Certaines épidémies de grippe ont avec la fièvre typhoïde une assez grande ressemblance. »

En 1875 et 1876, on retrouve relatées dans la littérature médicale plusieurs observations de grippe, dont quelques-unes semblent appartenir à la forme que nous étudions. (Dr Lapie, Th. de Paris, 1876). En 1884, Millée, dans sa thèse inaugurale, nous cite quelques exemples non douteux de grippe à forme typhoïde.

Cette même forme a été peu observée dans l'épidémie de 1889-90. Cependant il en est fait mention dans quelques revues générales sur l'épidémie par Duflocq, Fiessinger, le professeur Teissier. En 1892, nous trouvons des observations beaucoup plus précises, des descriptions bien nettes de la maladie.

Teissier, de Lyon, signale l'existence de taches rosées lenticulaires au cours de la grippe. Lemoine, de Lille, s'exprime ainsi dans une de ses cliniques : « La similitude des symptômes observés avec ceux de la dothiénentérie fut telle que, n'ayant pas connaissance de l'invasion de la grippe à Lille, je songeai tout d'abord à la fièvre typhoïde et ne pus rectifier mon diagnostic que quelques jours plus tard. » Quelques lignes plus loin, il nous donne de la grippe à forme typhoïde une observation que nous ne saurions mieux faire que de reproduire :

« Il s'agit d'une jeune fille de 14 ans, entrée dans le ser-

vice le 12 juillet et qui se plaint d'être malade depuis six jours. Pendant près de quatre jours, elle fut en proie à de l'accablement et à un malaise général qui la força à cesser son travail ; puis, le 6 juillet, elle ressentit dès le matin une violente céphalalgie, des douleurs le long du rachis, à la nuque et à la région lombaire et des douleurs musculaires très pénibles dans tous les membres. En même temps, elle fut prise de nausées et de vomissements. Ces symptômes s'accompagnèrent de frissons et de fièvre. Les jours suivants, cet état persiste et la jeune malade est conduite à l'hôpital. L'examen pratiqué le jour de son entrée nous montre, outre la persistance des symptômes généraux déjà énoncés, certains signes locaux de grande importance. L'abdomen est très tendu, météorisé, non douloureux à la pression. Il n'y a pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite, mais il en existe un peu dans le colon transverse : la rate n'est pas sensible, mais elle est un peu hypertrophiée, le foie est normal. Quelques taches rosées (4 ou 5) existent sur le ventre et sur le thorax, elles présentent tous les caractères habituels aux taches rosées lenticulaires des typhiques. Les battements cardiaques sont rapides et fortement frappés, mais il n'existe pas de souffle et le pouls n'offre pas de dicrotisme. Au poumon on trouve quelques râles sibilants, disséminés.

» Urines non albumineuses. La langue est rouge à la pointe, blanche dans le reste de son étendue, elle est sèche ainsi que les lèvres.

» Persistance chez notre malade de douleurs musculaires, principalement dans les cuisses et les mollets, il existe d'autre part de l'hyperesthésie cutanée.

» La température était de 39°.8 le soir de l'entrée, et le lendemain elle atteignait 40° après une rémission de cinq dixièmes dans la matinée.

« Cette température élevée tomba brusquement le

lendemain (7e jour de la maladie) à 37°. Depuis, après avoir oscillé pendant quelques jours autour de ce chiffre, elle est remontée à 37°8 et s'y est maintenue pendant 48 heures, pour retomber définitivement. En même temps, amélioration des symptômes généraux et locaux. »

La même année, Delezenne publie dans la *Revue de médecine* une série d'observations bien caractéristiques de grippe pseudo-typhique. Nous en joignons quelques-unes à notre groupe d'observations. M. Delezenne fait dans ce même travail une étude approfondie de cette forme de la grippe. Nous y avons trouvé de précieuses indications.

A l'étranger, pendant les épidémies de 1892-93 et de 93-94, Worner et Lichtenstein ont pu observer plusieurs cas de grippe à forme typhoïde. Ces deux auteurs donnent de la maladie la même description. « Le début est brusque et » présente tous les symptômes du début de la grippe, toux, » douleurs de tête, grand abattement, mais la maladie ne » tarde pas à s'aggraver, la fièvre se maintient entre 39 et » 40°. Il y a des selles diarrhéiques abondantes, la rate est » grosse. On note assez souvent des taches rosées. Le malade » a des sueurs abondantes et une agitation extraordinaire. » Au bout de deux semaines, la diarrhée diminue, l'état » général s'améliore, mais la convalescence est longue ».

Toutes ces observations n'étaient basées que sur la clinique. Il y manquait la consécration de la bactériologie. Les résultats fournis par la séro-réaction de Widal sont venus apporter un élément précieux pour édifier le diagnostic de la grippe à forme typhoïde. Le Dr Pelon, dans une communication au Congrès de médecine interne tenu à Montpellier en 1898, cite trois cas de grippe pour lesquels le diagnostic avait été porté de dothiénentérie et dont la séro-réaction fut négative. Nous reproduisons dans le chapitre suivant ces trois observations tout à fait caractéristiques.

Observation I (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le professeur Carrieu).

(Due à l'obligeance de MM. Lagriffoul, Chef de clinique, et Orssaud, Int. du service).

Albanie G..., 22 ans, domestique, entre, le 10 février 1900, dans le service de M. le professeur Carrieu, salle Bichat, n° 20.

Antécédents héréditaires. — Sans intérêt.

Antécédents personnels. — Il y a trois ans, cette jeune fille a présenté des troubles d'anémie ; elle se plaignait d'essoufflements, avait fréquemment les chevilles enflées et accusait en même temps des troubles menstruels.

Il y a trois mois, à la suite d'un accident de tramway survenu pendant la période menstruelle, la malade a vu ses règles se supprimer d'une façon complète. Abondantes pertes blanches. Pas de douleurs dans le bas-ventre.

Maladie actuelle. — La maladie actuelle semble remonter à un mois environ. Depuis cette époque, faiblesse, brisement général, maux de tête. Il y a huit jours, aggravation des symptômes, fièvre vive, céphalalgie violente, vomissement. Epistaxis.

Examen du 11 février. — La malade se plaint de la tête et localise la douleur à la région sus-orbitaire ; elle accuse en même temps une grande lassitude, douleurs dans les bras et dans les jambes ; rachialgie. Elle a eu des vomissements dans la soirée d'hier.

Langue saburrale, grisâtre au centre, rouge sur les bords.

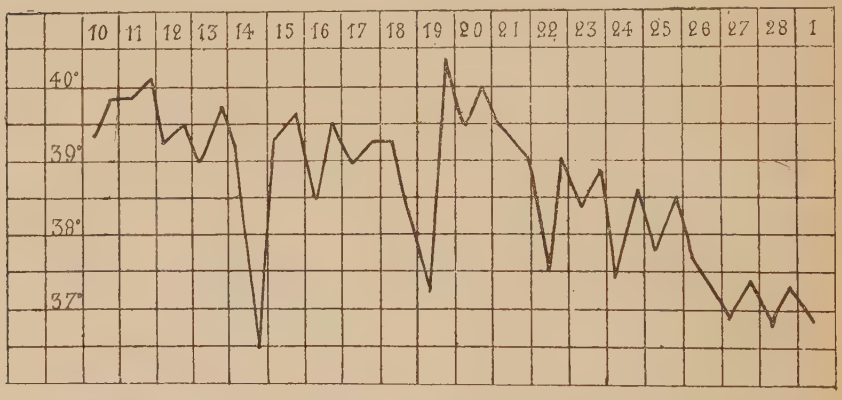
Le ventre n'est pas tendu, mais il est douloureux au niveau de la fosse iliaque droite. Gargouillements. Pas de taches rosées. Constipation.

Petite toux sèche, incessante. L'examen de la poitrine révèle en avant : de la rudesse de la respiration qui est, en même temps, soufflante ; en arrière : submatité à la base droite, obscurité et frottements pleuraux.

Au cœur, on trouve un souffle à la base et au premier temps.

La température est à 39°8 ; le pouls, à 116. On administre un purgatif.

Le 12, la température qui, la veille au soir, avait atteint 40°1, est descendue à 39°2 ce matin. La malade a saigné du nez, hier au soir, et encore ce matin. Elle paraît très abattue. La nuit a été sans sommeil ; il y a même eu un peu de délire.



Même état abdominal ; gargouillement dans la fosse iliaque droite, toujours sensible à la pression. La rate est également douloureuse et légèrement hypertrophiée.

La constipation a cédé au purgatif de la veille et a fait place à de la diarrhée, mais les selles sont peu abondantes et non fétides.

A la poitrine, mêmes signes stéthoscopiques.

Traitement { Quinine..... / Antipyrine. } ââ 1 gramme en 4 cachets.

Le 14, la température persiste élevée, 39°1. *Le séro-diagnostic au 20 a été franchement négatif.*

L'auscultation révèle, à droite, de la matité, de l'obscurité du murmure vésiculaire et des frottements en grand nombre.

On suspend les cachets de quinine, et on ordonne, sur la base droite et en arrière, des applications de teinture d'iode gaïacolée.

Le 15. — La température, qui était tombée, hier soir, à 36°3, est remontée quelques heures après, à 39°9 ; en même temps, la malade a présenté des frissons et des sueurs. Ce matin, la température est à 39°2.

La malade se plaint vivement de la tête. Elle a vomi. Langue humide et à peu près dépouillée. Le ventre est souple, mais encore douloureux au niveau de la fosse iliaque droite. Gargouillements. Diarrhée.

Auscultation : frottements pleuraux à la base droite. Râles sibilants et ronflants disséminés. Submatité au sommet droit.

On reprend les cachets de quinine et antipyrine.

16 à 18. — Dans la nuit du 16 au 17, la malade a eu des coliques et a rendu du sang dans ses selles. Ce sang est noirâtre en petite quantité. Cette hémorragie n'amène pas, cependant, une chute sensible de la température, 39°5 le 16 soir ; 39° le 17 matin.

La malade présente un faciès pâle, abattu ; son pouls est petit, dépressible.

Le ventre est ballonné ; douleur dans la fosse iliaque droite et autour de l'ombilic. Pas de taches rosées.

On discute la valeur de cette hémorragie intestinale, et il y a lieu de se demander si l'on ne serait pas en présence d'une hémorragie supplémentaire, étant donnée l'absence des règles depuis trois mois chez la malade.

19. — Le 18, à 11 heures du soir, nouvelle hémorragie intestinale.

Ce matin, à sept heures, la malade fait encore une hémorragie.

La température tombe de 39°3 à 37°2, dans les 24 heures.

La malade est très affaiblie, le pouls est petit et fréquent, 116.

Ventre douloureux et ballonné. Taches rosées douteuses sur la poitrine.

Langue humide.

La toux persiste. Comme signes d'auscultation, on trouve :

En avant et à gauche, de la rudesse respiratoire et des sibilants ; à droite, de l'expiration prolongée au sommet ; des frottements à la base ;

En arrière, sous-crépitants à la base.

Du côté du cœur on trouve le premier bruit soufflé.

Traitement : Injection dans la fesse de 20 cc. de sérum à 7/1000, contenant 2 p.% de gélatine.

Champagne frappé. Glace sur le ventre.

20. — La température est à 39°5.

La malade est très faible et s'alimente à peine. Pendant la visite elle est prise de faiblesse, le pouls est petit et irrégulier. Injection d'éther. La respiration est oppressée (40) ; battement des ailes du nez. Mêmes signes stéthoscopiques que la veille.

Le ventre est légèrement tendu et présente quelques taches suspectes, qu'on hésite à considérer comme des taches rosées. On en fait des taches pigmentaires.

Les urines sont rares et albumineuses.

Le séro-diagnostic, pratiqué la veille, dans les mêmes conditions que la première fois, est encore négatif.

22 février. — La température est tombée brusquement

de 39°1 à 37°5 sans que rien puisse expliquer cette défervescence.

Il n'y a pas de phénomènes de collapsus, il n'y a pas eu de nouvelle hémorragie ; la malade accuse une grande amélioration dans son état. Le ventre n'est plus douloureux. On constate un peu de muguet sur la langue.

La toux persiste et l'auscultation signale des râles ronflants et sibilants disséminés, quelques frottements à la base droite et de l'obscurité du murmure vésiculaire.

On continue les cachets de quinine. Collutoire au borate de soude.

23 fév. — La malade a vomi dans la nuit sous l'influence des efforts de toux ; l'estomac est douloureux, mais le ventre est souple et la pression n'est pas sensible. La rate est grosse et douloureuse.

Les urines sont rares : 500 cent. cub. ; il y a des traces d'albumine.

La toux est devenue incessante et pénible. On donne une potion avec 6 gouttes de bromoforme et 10 gram. de laurier-cerise.

La température est à 38°3, le pouls à 96.

On a pratiqué la diaso-réaction d'Ehrlich, qui a été négative.

Les jours suivants, la température, après s'être maintenue autour de 38°, finit par décroître complètement, et le 27 redevient normale.

La malade n'a plus aucun phénomène abdominal ; les signes thoraciques se sont également modifiés ; l'état général est bien meilleur.

Il persiste seulement une faiblesse extrême et un peu de toux.

Le 3 mars, on permet l'alimentation ; la malade se lève le 6 et quitte le service le 31 mars complètement guérie, mais après une convalescence très lente.

Ses règles, qui étaient supprimées depuis trois mois déjà lorsqu'elle est tombée malade, ne sont pas revenues pendant la convalescence.

Observation II

(Recueillie dans le service de M. le professeur Carrieu).

(Due à l'obligeance de M. Lagriffoul, Chef de clinique).

H... Clément, 25 ans, infirmier, entre à l'hôpital le 24 février 1900, dans le service de M. le professeur Carrieu, salle Combal, n° 15.

Ses antécédents héréditaires sont sans intérêt, de même que ses antécédents personnels.

Maladie actuelle. — La maladie actuelle remonte à cinq jours environ ; le sujet se plaint depuis de maux de tête, de douleur à l'estomac et de lassitude générale. Il a saigné du nez, dit-il, à trois reprises.

En outre, anorexie presque complète ; diarrhée. Pas d'insomnie.

Examen du 25 février. — Persistance des signes subjectifs mentionnés ci-dessus. Céphalalgie. Courbature. Pas de nouvelle épistaxis.

La langue est saburrale ; pas de vomissements. Diarrhée. Le ventre est légèrement tendu, douloureux. On note des gargouillements dans la fosse iliaque droite. Pas de taches rosées appréciables.

La rate et le foie présentent leur volume normal. Les urines sont foncées, non albumineuses.

Le malade est assez abattu et fait effort pour répondre aux questions qu'on lui pose.

Rien au thorax ; rien au cœur.

Température 39°5 la veille et 38°2 le matin. Pouls 88.

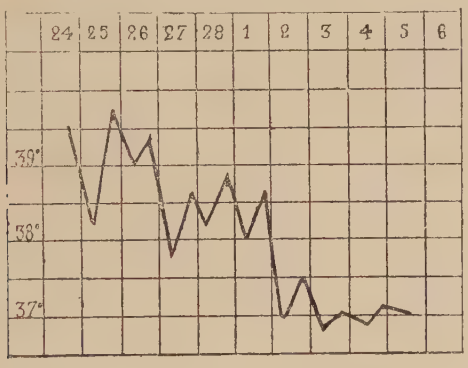
On émet l'hypothèse d'une dothiénentérie et on ordonne le séro-diagnostic.

Traitement. — Diète lactée. Purgatif.

26 février. — Céphalalgie persiste. La nuit a été mauvaise. Pas d'épistaxis. Abattement assez grand. Langue rouge sur les bords et à la pointe, blanche au milieu. Pas de vomissements.

Ventre assez souple, douloureux seulement à la pression de la fosse iliaque droite. Toujours pas de taches rosées.

Température 39°. Pouls 96. On donne 1 gr. de benzo-naphtol en 4 c. et 0,50 cgr. de quinine.



27 février. — La céphalalgie a diminué. Le sommeil est calme.

Le faciès est meilleur. La diarrhée persiste, mais les selles sont moins fréquentes.

Le séro-diagnostic est négatif.

La température est de 37°8 ce matin. Le pouls est régulier, 84.

Du 27 février au 2 mars, la température oscille entre 38° et 39°. L'état du malade reste à peu près stationnaire.

Le 2 mars, le malade est à 37°. L'état général est assez

bon. La langue s'est dépouillée. La diarrhée a fait place à de la constipation.

Le ventre est souple, non douloureux. Le malade demande à s'alimenter.

Traitement. — 1 verre d'eau de Sedlitz.

Jours suivants. — Le mieux persiste, le malade entre en convalescence et quitte le service le 8 avril.

Observation III (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le professeur Carrieu).

J... Etienne, 29 ans, cultivateur à Saint-Drézéry, entre à l'hôpital le 5 avril, dans le service de M. le professeur Carrieu, salle Combal, n° 17.

Rien à signaler dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

Malade depuis quinze jours environ ; a éprouvé des frissons, de la céphalalgie. Inappétence, constipation. A eu deux épistaxis. Insomnie.

État actuel. — A l'examen du 6 avril, le malade se plaint d'un brisement général, il a des vertiges et une céphalalgie très vive, notamment à la région frontale et sus-orbitaire.

La température est à 39°2 ; le pouls 70, régulier.

L'état général est très déprimé ; stupeur. La nuit a été sans sommeil.

Langue sale, saburrale ; rouge à la pointe et sur les bords, humide.

Pas de vomissements. Le ventre est légèrement tendu et douloureux. Constipation. Pas de gargouillements.

Quelques taches rosées sur le ventre.

Pas d'albumine dans les urines.

Du côté du thorax, on trouve de la matité à la base droite ;

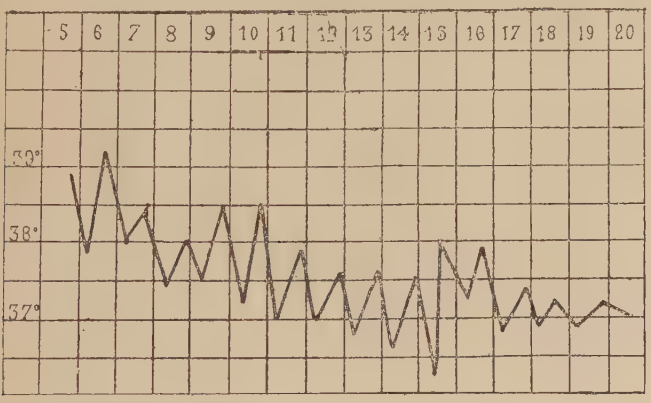
quelques sibilances du côté gauche; diminution du murmure vésiculaire du côté droit.

Au cœur, on note du prolongement du premier bruit.

Traitement : Un verre d'eau de Sedlitz ;

Sulfate de quinine, 1 gramme en 3 cachets.

Le 7, la température est descendue à 38°5. L'état général est meilleur, la prostration moins marquée. Mêmes symptômes abdominaux. Toux légère mais persistante. Le *séro-diagnostic au 20e est négatif.*



Jours suivants: La température oscille autour de 38°. L'état du malade reste stationnaire. Sans présenter l'affaissement des premiers jours, il demeure encore abattu. Céphalalgie persistante, bourdonnements. Hyperesthésie cutanée.

Langue recouverte d'un enduit saburral grisâtre. Appétit toujours nul. Ventre sensible à la pression. Les taches rosées ont disparu. Pas de diarrhée.

Quinine, 1 gr. 20.

Benzo-naphtol, 1 gr. 50, en trois cachets.

Du 12 au 15, la température décroît graduellement et tombe au-dessous de 37°.

Le 15 au soir, réascension légère à 38°, mais le malade

ne s'y maintient pas et le 18 la défervescence est définitive.

Le séro-diagnostic, pratiqué une seconde fois le 17, est resté négatif.

Le malade est beaucoup mieux ; la langue s'est dépouillée, la toux a disparu, le ventre est redevenu souple. On autorise l'alimentation. Il persiste néanmoins de la faiblesse générale. Le malade sort le 21, guéri.

Observation IV (Inédite).

(Recueillie dans le service de M. le professeur Carrieu).

M... Baptiste, 25 ans, cultivateur à Saint-Drézéry (Hérault), entre à l'hôpital le 9 avril, salle Combal, n° 20.

On ne relève rien d'intéressant dans les antécédents héréditaires ou personnels du malade. Pour sa part, il n'a jamais été malade et paraît avoir une forte constitution.

La maladie actuelle a débuté il y a 8 à 10 jours par de la céphalalgie, de la courbature, des douleurs dans les membres inférieurs.

A la visite du 10 avril, le malade présente un aspect typhique, il parle à peine, ses réponses sont trainantes, son regard vague.

Il se plaint d'une céphalalgie très violente, de brisement dans les jambes. La langue est rouge à la pointe et sur les bords, saburrale au centre. Soif vive. Inappétence. Nausées. Pas de vomissements. Diarrhée depuis deux jours. Le ventre est légèrement tendu. Pas de gargouillements, ni de taches rosées.

Rate augmentée de volume.

Insomnie. Légères épistaxis.

Le malade tousse un peu, mais l'auscultation ne dénote pas de signes stéthoscopiques nets, si ce n'est de l'obscurité de la respiration du côté gauche.

Au cœur on signale de l'affaiblissement du premier bruit, qui est prolongé. Il y a quelques faux pas.

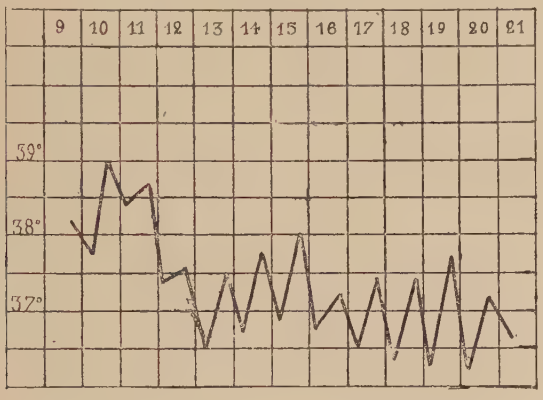
Température 39°. Pouls très lent, 52, dépressible.

Traitement : Extrait mou de quinquina.... 3 gram.
Teinture de Kola..... 2 gram.

Le 11 avril, l'abattement est toujours très prononcé, le malade est plongé dans la stupeur.

Le ventre n'est pas ballonné, mais il est sensible à la pression. Toujours pas de taches rosées. La diarrhée persiste, mais les selles ne sont pas fétides.

Pas d'albumine dans les urines. Insomnie.



Température 38° 7. Le pouls est très lent, dicrote, un peu irrégulier (48). Du côté du cœur, premier bruit prolongé et soufflé.

L'auscultation du thorax révèle quelques râles sous-crépitants aux bases. La toux est du reste insignifiante.

Le séro-diagnostic est négatif.

12 avril. — La prostration est toujours aussi marquée. Cependant la température est descendue à 37° 5. Mêmes signes stéthoscopiques que la veille.

Du 12 au 16, la température se maintient entre 37° et 38°.

L'état général est bien amélioré. La diarrhée a presque disparu, le ventre n'est plus douloureux.

De l'abattement des jours précédents il ne reste qu'une grande lassitude. Le faciès du malade est redevenu normal.

Seuls les signes stéthoscopiques se sont peu modifiés. Le cœur est toujours mou, le pouls lent.

La défervescence est définitive et le malade sort le 21 complètement guéri.

Observation V (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. Soubeyran, Interne des hôpitaux).

V..., 23 ans, cultivataur à St-Drézéry, entre le 19 avril 1900 dans le service de M. le professeur Grasset, salle Fouquet n° 1.

Comme antécédents personnels on signale chez ce malade des crises nerveuses qui se seraient manifestées pour la première fois chez lui à l'âge de 18 ans. Depuis cette époque, il aurait eu environ une crise par an ; la dernière remonterait à un mois. Ces crises auraient, semble-t-il, le caractère de l'hystérie (elles surviennent sous l'influence d'émotions vives, par exemple lorsque le malade perd en jouant aux cartes ; de plus elles sont précédées de la sensation de boule et pendant la durée de l'attaque le malade entend parler autour de lui).

De tout temps, le jeune V... a eu un caractère vif, impressionnable.

Maladie actuelle. — La maladie actuelle a débuté il y a huit jours environ par des symptômes d'embarras gastrique fébrile, anorexie, vomissements, fièvre. Céphalée, brisement des membres. Insomnie, cauchemars. A eu quelques épistaxis.

A l'examen du 20 avril, on trouve le malade très abattu, présentant une hébétude intellectuelle accentuée. Céphalalgie frontale. La température s'est élevée la veille à 39°, le pouls très lent (56). La langue, saburrale au milieu, est rouge à la pointe et sur les bords. Diarrhée. Pas de taches rosées.

Douleur et gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Rien au thorax, rien au cœur.

Traitement : 1 verre d'eau de Sedlitz.

21 avril. — L'abattement est très prononcé ; le malade a l'aspect typhique, le regard vague, la parole traînante. Insomnie.

La température est à 37°9 ce matin, mais elle atteignait hier soir 38°5. Le pouls est à 48.

La diarrhée persiste. Le ventre n'est ni ballonné, ni douloureux. Pas de taches rosées.

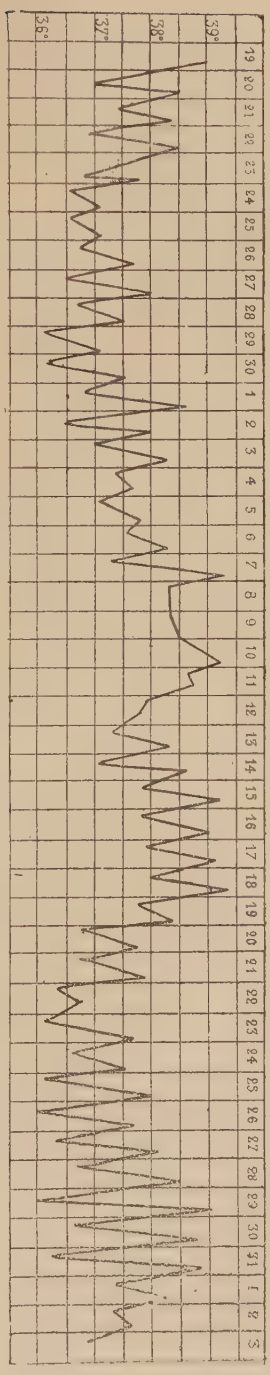
Sueurs abondantes.

Le séro-diagnostic de Widal, pratiqué la veille, a été négatif.

23. — Même état. On administre 1 gram. de sulfate de quinine.

28. — Le malade est resté trois jours apyrétique, mais hier soir la temp. est remontée à 38°. Pouls 54.

L'état général s'est peu modifié. Céphalalgie toujours aussi marquée, l'affaissement persiste. Lassitude générale.



Langue rouge à la pointe et sur les bords, saburrale au centre.

Ventre sensible dans la fosse iliaque droite.

Séro-diagnostic négatif.

Jours suivants : la température oscille entre 36°5 et 38°.

Elle atteint le 1er mai 38° 6

4 mai. — Etat typhique très marqué. La diarrhée fait place à de la constipation. Ventre légèrement tendu, pas de taches rosées.

Séro-diagnostic toujours négatif.

8 mai. — La température s'est élevée hier soir à 39° 4, ce matin 38° 8. Malgré cette élévation de la température, le faciès est moins abattu. L'examen de la poitrine révèle 2 taches rosées à la base du thorax. Le malade tousse légèrement, mais l'auscultation ne révèle rien. On prescrit 3 bains.

Du 10 au 12 la défervescence se fait en lysis et la température tombe complètement. L'aspect typhique a disparu. L'état général s'est amélioré ; le malade demande à s'alimenter.

Les bains sont supprimés.

Le 13, le malade accuse une douleur vive au niveau de l'articulation sacro-iliaque gauche. Cette douleur est accrue par la pression. En même temps, on note une nouvelle élévation de température.

La courbe subit pendant quelques jours une série d'oscillations entre 38 et 39°.

Le 19, la douleur si intense accusée par le malade a disparu.

Il peut s'asseoir et se retourner dans son lit, la pression ne détermine plus qu'une légère douleur. Rien d'anormal dans les selles. La température décroît.

Le 23, la douleur se porte à droite dans la fosse iliaque,

le flanc droit et s'irradie dans le domaine du crural et du sciatique.

Les mouvements du malade dans le lit lui arrachent des cris; la pression exaspère la douleur, surtout au niveau de l'articulation sacro-iliaque droite.

Cette douleur persiste pendant une huitaine de jours et la température subit des oscillations en rapport avec son intensité.

Le 3 juin, la température tombe ; le malade ne souffre plus.

Le diagnostic porté est celui d'arthrite grippale.

Les jours suivants le mieux s'accentue, le malade, très affaibli entre en convalescence.

Il est intéressant de noter que les malades qui ont été l'objet de ces trois dernières observations viennent tous les trois du même endroit, un village nommé Saint-Drézéry. Ce fait semblerait indiquer qu'il s'est produit dans cette localité un petit foyer épidémique de grippe à forme typhoïde. D'après les dires de ces malades, il y aurait eu d'autres cas analogues dans le pays et dans la maison même de l'un d'eux.

Observation VI

(Pelon.— Communication au Congrès de médecine interne. Montpellier, 1898)

R..., soldat au 122e d'infanterie, entré le 25 janvier avec le diagnostic de grippe.

La maladie a débuté, trois jours auparavant par un frisson qui a pris cet homme à l'exercice. Une céphalée très violente est apparue bientôt après; il y a eu aussi quelques épistaxis. Le malade a commencé à tousser ; il a complètement perdu l'appétit et a été pris de diarrhée assez abondante (six selles par jour).

A l'examen, on trouve le malade abattu. La langue a l'aspect typhique, blanche au milieu, rouge à la pointe et sur les bords. Le ventre n'est pas ballonné, mais il est douloureux à la pression dans les deux fosses iliaques. *Il présente quelques taches rosées lenticulaires peu nombreuses mais bien nettes ;* on n'en observe pas sur le thorax.

A l'auscultation; on trouve seulement un peu de rudesse de la respiration.

La température, très élevée la veille au soir (40°,4), est ce matin de 38°,4. Le pouls est à 96.

On porte le diagnostic de dothiénentérie légère. Le séro-diagnostic sera fait dans la journée.

27. L'abattement persiste. La langue a les mêmes caractères qu'hier. La diarrhée a cessé. *On voit sur l'abdomen des taches rosées bien typiques*, s'effaçant à la pression, pour reparaître bientôt. La température se maintient élevée à 39-38°.

29. *Le séro-diagnostic a été négatif.* La fièvre est tombée. La langue a repris son aspect normal. Les taches rosées s'effacent. Le malade tousse et rend quelques crachats muco-purulents peu abondants; sous-crépitants aux deux bases. On substitue le diagnostic de grippe à celui de dothiénentérie porté tout d'abord.

31. Le malade va de mieux en mieux. Il n'y a pas eu de retour de fièvre. La toux a presque disparu.

Observation VII

(Pelon. — Communication au Congrès de Médecine. Montpellier, 1898)

V..., soldat au 122e d'infanterie, entré avec le diagnostic de grippe le 25 janvier.

Le début remontant à huit jours a été marqué par de violentes coliques, accompagnées de diarrhée. Le malade

éprouvait, en outre, une céphalée très intense. Il s'est mis à tousser et à cracher et a perdu l'appétit.

A son entrée à l'hôpital, il accuse une lassitude très marquée, une céphalalgie violente, des vertiges. La diarrhée persiste (6 à 7 selles par 24 heures). Les deux fosses iliaques sont douloureuses à la pression.

Il y a des taches rosées nombreuses sur l'abdomen et le thorax.

La langue est rouge à la pointe et sur les bords, blanche en son milieu.

Le malade tousse et rend des crachats muco-purulents. A l'auscultation, on entend des râles ronflants et sibilants disséminés. Les températures sont de 39°,2 et de 38°,8. Le pouls est à 90.

On porte le diagnostic de dothiénentérie avec bronchite généralisée.

27. *Le séro-diagnostic a été négatif.* La température baisse. La langue a encore l'aspect typhique. La diarrhée s'est arrêtée. *Les taches rosées sont bien nettes et abondantes.* La respiration est rude.

29. La température est tout à fait tombée. Le malade est mieux. Il ne souffre plus de la tête, ni du ventre. Il y a encore des taches rosées. La toux persiste avec râles sous-crépitants aux deux bases. Nous avons affaire à une grippe à forme typhoïde.

31. Il n'y a plus de fièvre. — Pas de nouvelles taches. La toux diminue. Le malade se sent bien.

Observation VIII

(Pelon. — Communication au Congrès de Médecine. Montpellier, 1898)

B..., ménagère, 38 ans, entrée le 26 janvier, fatiguée depuis un mois, éprouvait des douleurs dans les membres inférieurs et une céphalée plus intense la nuit. Il n'y a pas

de stigmates de syphilis. Il y a huit jours, la lassitude a beaucoup augmenté. Il y a eu de la fièvre. La céphalée est devenue plus forte. La voix s'est éteinte.

La malade a commencé à tousser et à cracher ; elle a complètement perdu l'appétit et est très constipée. Depuis deux jours, elle ressent une vive douleur dans le côté gauche du thorax.

Le soir de son entrée, la température est de 39°7.

A l'examen, on trouve la malade très abattue. La langue est large, humide, un peu blanche au milieu, rouge sur les bords et à la pointe. *Sur l'abdomen et à la partie inférieure du thorax, on voit plusieurs taches rosées lenticulaires, très nettes, s'effaçant à la pression.* Les deux fosses iliaques sont douloureuses, principalement la droite. A l'auscultation, la respiration est suffocante au sommet gauche, complètement obscure dans tout le reste de l'étendue.

La température du matin est de 38°. Le pouls est à 116.

Trois diagnostics sont discutés : dothiénentérie, granulie, grippe à forme typhoïde ; on pense surtout à la fièvre typhoïde.

28 janv. — *Le séro-diagnostic a été franchement négatif.* En outre, on n'a pas trouvé de bacille tuberculeux dans les crachats. La température est remontée hier soir à 39°4. Ce matin, elle est à 37°6. Le pouls est à 100. A la suite de la purgation d'hier, il y a eu d'abondantes évacuations. La langue a le même aspect.

Les taches rosées sont plus nombreuses, bien nettes.

1[er] *février.* — Depuis trois jours, la température est à 37°. La toux diminue. Il n'y a plus de céphalée. La langue reprend ses caractères normaux.

Les taches rosées persistent. Les premières pâlissent, mais sont remplacées par de nouvelles.

6 fév. — Il n'y a pas d'autres taches. La malade, encore faible, reprend l'alimentation ordinaire.

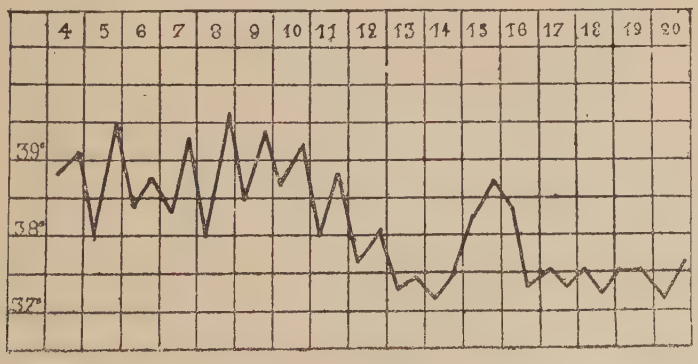
Observation IX

(Delezenne. — Revue de Médecine, 1892)

Résumé. — La malade est une jeune fille, âgée de 20 ans, infirmière. Déjà fatiguée depuis quelques jours, elle accuse des frissons, de la céphalalgie, de la courbature et est obligée de s'aliter. Sa température atteint 38°8. Inappétence ; soif vive, faiblesse extrême. Dans la journée, quelques épistaxis. Le soir, vomissements ; température 39°1 :

Le lendemain, la malade est dans un état de prostration complète : regard vague, faciès sans expression, lèvres sèches. La langue reste humide, mais saburrale. Céphalalgie et douleurs musculaires très fortes. Vertiges et bourdonnements d'oreilles. Anorexie complète. Vomissements par intervalles.

Aucun symptôme abdominal. Constipation. Température 38° le matin ; 39° le soir.



Les jours suivants, état typhique nettement caractérisé : prostration, stupeur, insomnie. La diarrhée remplace la constipation. Ventre ballonné, douloureux à la pression. Gargouillements dans les deux fosses iliaques.

Pas de taches rosées. La rate est douloureuse, mais ne paraît pas hypertrophiée. Céphalalgie frontale intense.

La malade tousse un peu. L'auscultation révèle une obscurité respiratoire dans l'étendue des deux poumons, avec quelques râles sous-crépitants aux bases. Cœur normal. Pouls 98, non dicrote. Les températures oscillent entre 38° et 39°6. Subdélire. Urines albumineuses.

A partir du huitième jour, la température tombe graduellement, l'état typhique disparaît, la diarrhée diminue. La toux persiste ainsi que la céphalalgie et les douleurs musculaires. Mêmes signes stéthoscopiques.

La température est redevenue normale. Quand brusquement, vers le douzième jour de la maladie, elle remonte à 38°2 le matin et 38°6 le soir, sans qu'il y ait aggravation de l'état général. Le lendemain matin 38°3, le soir 37°3.

La convalescence est longue, la malade est extrêmement affaiblie.

Elle sort 29 jours après son entrée, complètement guérie.

Observation X

(Delezenne. — Revue de Médecine, 1892)

Résumé. — Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, déjà en traitement dans le service où elle se trouve pour une sclérose en plaques.

Elle est prise brusquement, le 5 décembre dans la soirée, de maux de tête, de courbature, de fièvre. En même temps, elle accuse quelques douleurs dans l'arrière-gorge et de la difficulté à avaler.

Le lendemain, la malade est très abattue. Céphalalgie violente.

Epistaxis. Douleurs vives dans les membres et dans les

reins. Ces douleurs sont continues avec accès paroxystiques.

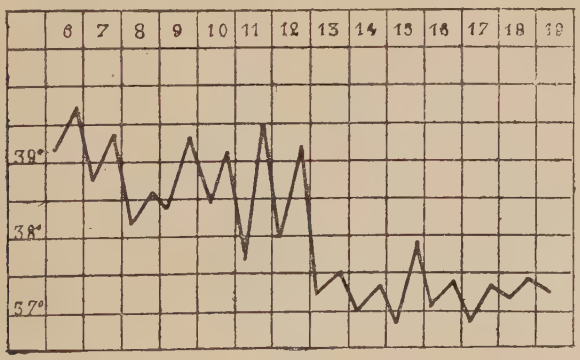
Langue blanche. Inappétence. Ventre ballonné, douloureux à la pression ; ni diarrhée, ni gargouillement. Température : matin 39°2, soir 39°8.

Le 7, la malade a quelques vomissements ; diarrhée. Selles nombreuses et légèrement fétides. Gargouillements dans la fosse iliaque droite, rate hypertrophiée et sensible ; urines louches.

Quelques sudamina. Rien du côté des poumons, ni du cœur.

Pouls petit, fréquent, dicrote. Température oscille vers 39°. Prostration assez marquée.

Le 8, douleurs musculaires intenses ; paroi abdominale très sensible ; la diarrhée continue. Anorexie complète. Langue toujours saburrale.



Du 9 au 12, la température oscille autour de 39° avec des rémissions matinales de plus d'un degré.

Le 13, elle tombe brusquement à 37°2 et s'y maintient jusqu'au 15. Les douleurs musculaires et la céphalalgie ont cédé. Herpès labial, état général excellent Le 15 au soir, légère réascension thermique.

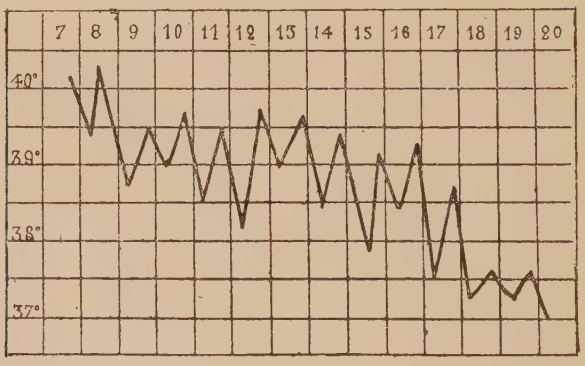
Le 16, la défervescence est définitive. Les douleurs abdo-

minales et lombaires cessent peu à peu ; la diarrhée s'arrête, mais la malade est extrêmement affaiblie. Son affection antérieure ne paraît pas cependant avoir été influencée par la grippe.

Observation XI

(Delezenne. — Revue de Médecine, 1892)

Résumé. — X..., 27 ans, entré à l'hôpital le 7 décembre pour de la fièvre, des maux de tête, de la courbature. Il accuse depuis quelques jours des frissons, des douleurs dans les membres et dans les lombes. Toux. Température à l'entrée 40°1.



Le 8, aspect typhique. Température 39°. Le malade accuse des vertiges, des nausées, des douleurs musculaires. Langue sèche, collante. Dents noirâtres. Aucun symptôme abdominal. Quelques râles de bronchite dans les deux poumons. Le soir, céphalalgie violente. Température 40°3.

Le 9, douleurs dans le ventre, diarrhée. Ballonnement, mais pas de gargouillement de la fosse iliaque. Rate et foie augmentés de volume. Taches rosées sur la poitrine et sur le ventre.

Le 10, accentuation des symptômes abdominaux ; douleurs très fortes en particulier dans la fosse iliaque droite. Gargouillement. Selles nombreuses, non fétides. Taches rosées augmentées. Urines albumineuses. Température oscille autour de 39°.

Traitement. — Lavements froids, antisepsie intestinale.

Le 14, les symptômes généraux diminuent d'intensité. Toux toujours assez forte, râles sibilants aux deux bases et obscurité. Température 38°5 le matin, 39°3 le soir.

Le 16, l'état typhoïde a disparu, la diarrhée a cessé ; les douleurs musculaires et la température persistent ; 39°2 le soir.

Le 18, chute définitive 37°3. Etat général excellent, mais le malade est très amaigri, la faiblesse grande.

Il sort le 22.

Observation XII

(Delezenne. — Revue de Médecine, 1892)

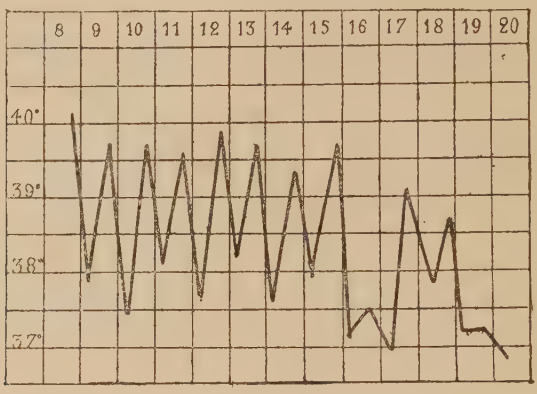
Résumé. — X..., 17 ans, est amené à l'hôpital, le 8 janvier 1892 dans un état de prostration et de stupeur extrême. Il est dans le décubitus dorsal, les traits immobiles, le regard vague, les lèvres sèches, les narines pulvérulentes. Surdité, vertiges, embarras de la parole. La langue, sèche et rouge vers la pointe, est recouverte à la base d'un enduit saburral grisâtre. Respiration haletante. Ventre non ballonné, mais douloureux à la pression ; gargouillement dans toute son étendue. Rate hypertrophiée. Urines albumineuses.

Taches rosées abondantes sur l'abdomen et les lombes. Diarrhée abondante. Du côté du thorax obscurité respiratoire avec quelques râles ronflants et sibilants vers les bases. Rien au cœur.

Temp. à l'entrée 40° 1.

Cet état persiste pendant deux jours. Insomnie, délire.

Quatre jours après son entrée, l'état général s'améliore ; la prostration est moins marquée. La diarrhée diminue, les taches rosées pâlissent, la température présente de grandes oscillations.



Le 16, chute brusque de la température 37° 1. Le malade n'accuse plus qu'une grande faiblesse dans les membres.

Le 17, réascension à 39° 1 le soir. Céphalalgie et courbature réapparaissent, mais ne persistent pas. Le 19, défervescence définitive.

Le malade sort le 25.

Observation XIII

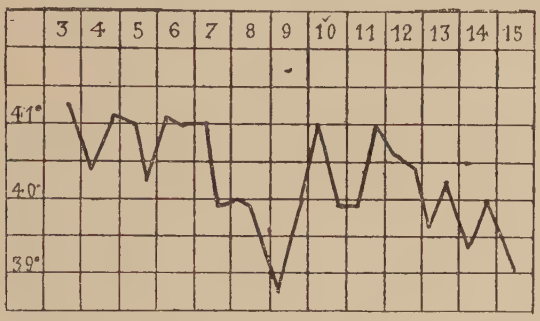
(Menu. — Thèse de Lyon, 1892)

Résumé.—Il s'agit d'une femme de 23 ans, entrée à l'hôpital avec une céphalalgie atroce et de violentes douleurs dans les membres. Détail à noter: la malade habitait une maison où se trouvaient deux grippés. Frissons, insomnie, inappétence absolue. Température 41° 2.

Erythème marbré de la poitrine, augmentation prononcée du volume du foie et de la rate, albuminurie. Aucun symp-

tôme abdominal, constipation. On diagnostique malgré cela une dothiénentérie.

Après 6 jours de fièvre intense mal combattue par les bains, le thermomètre tombe brusquement à 38° 7 pour se relever et monter 36 heures après à 40°. En même temps apparais-



sent au sommet gauche des signes avérés de pneumonie. La température persiste élevée pendant 4 jours, au bout desquels la malade est emportée par du muguet laryngé au moment où s'accusait une défervescence.

Observation XIV

(Menu. — Thèse de Lyon, 1892)

Résumé. — La malade, âgée de 23 ans, domestique, accuse depuis une quinzaine de jours de la céphalée, des douleurs dans le dos, de l'anorexie sans diarrhée, ni douleurs abdominales. Elle a eu une épistaxis. Angine prononcée ; deux vomissements. Fièvre vive.

A son entrée elle n'a pas plus de 38° de température. Céphalée intense. Courbature avec sensation de brisement. Langue saburrale grisâtre. Pas de diarrhée. Ventre douloureux sur le trajet du côlon transverse, indolore dans la fosse iliaque. Foie et rate normaux. Piqueté rouge sur les flancs et le sternum.

Aux poumons, gros râles de bronchite. Rien au cœur, pouls régulier.

ÉTUDE CLINIQUE

Début. — Pour la plupart des auteurs, la grippe à forme typhoïde aurait un début brusque. D'après le professeur Lemoine, de Lille, ce début se ferait « sans prodromes, par de petits frissons répétés, du malaise, de l'abattement, des douleurs musculaires et le malade serait de suite contraint de s'aliter. »

Cette brusquerie du début est en effet la règle, mais elle n'existe pas toujours, et dans certains cas on peut observer une période prodromique de la maladie dont la durée est variable, le plus souvent courte et pendant laquelle le malade présente une sorte de malaise, de la lassitude générale, de l'anorexie, quelquefois des épistaxis, mais tout de même peut se livrer à ses occupations.

Puis les phénomènes s'accentuent, la fièvre s'allume, et le malade s'alite. Les premiers symptômes qu'il accuse sont la céphalalgie et les douleurs musculaires.

La céphalalgie siège généralement à la région sus-orbitaire et à la région frontale : beaucoup plus rarement, elle se localise aux tempes ou à la nuque. La douleur est continue, gravative plutôt que lancinante ; il semble au malade que sa tête va éclater. Le moindre mouvement, le moindre contact exaspère sa souffrance, car il y a presque toujours de l'hyperesthésie des téguments du crâne et de la face.

Les douleurs musculaires peuvent être étendues à tous les

muscles ; c'est une sensation de brisement général, d'endolorissement, mais nul point du corps n'est plus douloureux que l'autre. D'autres fois certains muscles seulement sont le siège de douleurs, et suivant le cas, le malade accuse des douleurs simulant un lumbago, un torticolis, un point de côté ; le plus souvent, la myalgie atteint les membres inférieurs.

Cette sensation de brisement, de courbature persiste pendant toute la durée de la maladie. Nous verrons même qu'elle ne disparaît que lentement après une longue convalescence. L'abattement est progressif dans la majorité des cas, mais il peut atteindre d'emblée son maximum, et il n'est pas rare de voir des malades terrassés comme d'un coup de foudre.

Ces deux symptômes, céphalée et douleurs musculaires, s'accompagnent de troubles digestifs, inappétence, nausées, parfois vomissements. La constipation est la règle. Le malade éprouve aussi quelques frissons erratiques : il a des vertiges, des bourdonnements d'oreille, de la fièvre. Les épistaxis sont fréquentes. On observe encore communément de l'angine, du coryza, de la laryngite.

Tous ces signes apparaissent, on peut dire, simultanément et atteignent vite leur maximum d'intensité.

Cette période de début est courte et ne dépasse guère deux ou trois jours ; après quoi la maladie revêt plus nettement l'allure de la fièvre typhoïde. C'est pourquoi nous allons décrire maintenant une période d'état de la maladie bien que la courbe thermique ne permette pas d'établir de semblables divisions.

Période d'état. — Cette période est caractérisée par l'exagération des symptômes du début et l'apparition de nouveaux symptômes. Ce sont, notamment, les troubles de l'appareil digestif et du système nerveux qui acquièrent le plus d'intensité.

a) *Symptômes digestifs.* — Les malades ont une inappétence absolue, ils ont la bouche amère, pâteuse. La langue est rouge sur les bords et à la pointe, blanche en son centre et recouverte d'un épais enduit saburral ; elle reste généralement humide. Dans les cas très graves, les lèvres sont sèches, les dents fuligineuses, la gorge embarrassée de mucosités.

Les vomissements sont rares ; mais les symptômes abdominaux font leur apparition. La constipation du début a fait place à de la diarrhée : les selles sont nombreuses, peu colorées, peu fétides. Dans certains cas, cependant, la diarrhée fait complètement défaut ou bien n'apparaît qu'à la période de déclin de la maladie, quelquefois même pendant la convalescence.

Le ventre est le plus souvent ballonné, douloureux à la pression.

Les muscles de la paroi et la peau sont hyperesthésiés et le moindre contact est sensible. De même que la douleur, on trouve du gargouillement qui peut s'étendre à tout l'abdomen, bien qu'il soit prédominant dans la fosse iliaque droite.

La rate est généralement hypertrophiée et douloureuse, le foie peut être aussi congestionné.

Les urines sont peu abondantes, très colorées, souvent albumineuses, et d'autant plus pauvres en urée que l'état infectieux est plus grave. Huchard signale également une diminution considérable des phosphates et de l'acide phosphorique.

b) *Symptômes nerveux.*—La céphalalgie du début s'amende habituellement au bout de peu de jours, mais conserve parfois toute son intensité. Les douleurs musculaires persistent pendant tout le cours de la maladie. Elles envahissent, tour à tour, les membres, les lombes, la nuque, la paroi abdominale, le thorax, et sont parfois si accusées que les mala-

des redoutent d'exécuter un mouvement, et restent pendant des heures immobilisés dans la même position.

Ce qui domine la scène à cette période, c'est l'aspect du malade, l'état de stupeur, d'affaissement dans lequel il est plongé. Il reste tout le jour dans le décubitus dorsal, accablé, indifférent, le regard vague, la parole traînante, embarrassée. Son visage est triste, anxieux, les traits sont rétractés, la face a une teinte jaunâtre et semble amaigrie.

Dans les cas très graves, le malade présente de l'insomnie, du délire, de la surdité ; parfois survient une sorte de demi-coma avec hallucination, carphologie, soubresauts des tendons ; la langue et les lèvres sont tremblotantes, les narines agitées de battements rapides.

c) *Symptômes respiratoires.* — Les troubles de l'appareil respiratoire manquent rarement dans la grippe, sans toutefois atteindre l'importance des troubles nerveux et abdominaux.

Au début, nous avons déjà signalé l'angine et la laryngite. Plus tard, le malade présente de la dyspnée, une toux assez intense, suivie d'une expectoration abondante. L'auscultation révèle des signes de bronchite et de congestion habituellement peu marqués ; râles ronflants et sibilants disséminés dans les deux poumons, quelques sous-crépitants aux bases. Ce qu'il est assez fréquent d'observer, c'est l'obscurité respiratoire étendue à tout un poumon et ne s'accompagnant d'aucun autre signe stéthoscopique.

Le pouls est petit, rapide, mou, dépressible, rarement dicrote.

d) *Taches rosées.* — A cette période de la grippe à forme typhoïde appartiennent également les taches rosées. Ce symptôme, qu'on considérait, il y a quelques années, comme l'apanage exclusif de la dothiénentérie, s'observe quelquefois dans la grippe. On ne confondra pas cet exanthème avec

de simples érythèmes, comme en a signalés Barthélemy. Les taches rosées de la grippe se présentent absolument avec le même aspect que dans la fièvre typhoïde. Elles sont lenticulaires, papuleuses, légèrement saillantes et s'effacent momentanément à la pression.

L'éruption dans son ensemble est discrète et limitée à quelques taches qui ont leur siège habituel au ventre. La durée de l'éruption varie de un à deux septenaires. Elle dure généralement pendant toute la période aiguë de la maladie.

La présence de ces taches rosées dans la grippe fut signalée en 1892 par Teissier de Lyon, qui en observa quatre cas. La même année, le professeur Lemoine et M. Delezenne à Lille, en observèrent également quelques cas bien nets. « Dans deux cas personnels, dit M. Delezenne, nous avons noté la présence de taches rosées analogues à celles qu'on observe dans la dothiénentérie. Quelques auteurs parlent d'éruptions fugitives survenant dans le cours de la grippe et qui pourraient être confondues avec celles de la fièvre typhoïde. Ce n'est pas le cas des éruptions que nous avons observées, puisqu'elles présentaient tous les caractères des taches rosées lenticulaires et qu'elles ont persisté pendant toute la durée de la période aiguë de la maladie ».

Le Dr Pelon signale quelques années plus tard, en 1898, le même fait et conclut ainsi: « L'exanthème rosé regardé comme un signe pathognomonique de la fièvre typhoïde est un signe de probabilité, non un signe de certitude. ».

Nous-même, parmi les quelques malades observés, avons pu noter chez deux d'entre eux (obs. III et V) la présence de taches rosées. Aucun des autres n'a rien présenté de semblable.

On peut donc conclure que, si ce symptôme est la règle dans la dothiénentérie, il se rencontre beaucoup plus rare-

ment dans la grippe; mais en tout cas on ne doit pas lui accorder une grande valeur diagnostique.

e) *Fièvre.* — Il nous reste à parler maintenant de la température dans la grippe. La fièvre offre-t-elle dans la maladie que nous envisageons un caractère spécial? Des recherches qui ont été faites sur ce point, ce qui ressort de plus évident, c'est, semble-t-il, l'irrégularité de la marche thermique.

Avant 1837, les auteurs ne donnent aucune indication sur ce symptôme. Ward écrit seulement que « la fièvre est ardente et dure pendant trois ou quatre jours ».

Jaccoud, Brochin, Gintrac, ne signalent que l'extrême irrégularité de la température.

Wunderlich rapproche le tracé thermique de la grippe de celui de la dothiénentérie. Il ajoute qu' « il n'est pas rare de constater que la température, après s'être rapprochée de l'état normal, s'arrête pendant un certain temps à un niveau un peu supérieur ou du moins présente de plus grandes élévations vespérales que dans la convalescence complète ».

Mossé, partageant ces idées, classe la grippe au rang des fièvres à cycle typique et à évolution rapide.

Laveran et Widal croient, au contraire, que la courbe dans la grippe atteint en général son maximum d'élévation dès le premier ou le second jour et que « la défervescence se fait presque immédiatement par oscillations descendantes ».

Le professeur Teissier, qui a particulièrement étudié la température dans la grippe, insiste sur deux signes qui seraient d'après lui très fréquents. Ce sont, d'une part, la rechute, d'autre part ce qu'il désigne sous le nom de collapsus thermique médian. La *rechute* est une réascension de la température qui suivrait presque toujours la défervescence ; elle peut se produire dans les 12 heures qui suivent

cette défervescence, le plus habituellement entre 36 et 48 heures ; plus rarement au bout de 5 à 6 jours. Cette rechute est plus ou moins accusée, pouvant s'élever dans des proportions considérables, 39°5, 40°, ou bien à peine marquée par une ascension de quelques dixièmes.

Le collapsus thermique médian consiste en un abaissement brusque de la température au milieu de la période d'état, c'est-à-dire au milieu du plateau qui représente l'acmé fébrile chez les grippés, plateau dont la durée est en général de quatre à cinq jours.

A l'inspection de la courbe, cette modification de la température se traduit par une encoche, une sorte de V très caractéristique. Si ces données sur la thermométrie de la grippe, et notamment la rechute, avaient échappé aux observateurs avant les recherches de Teissier, c'est que « souvent on négligeait d'enregistrer les températures dès que les premiers signes d'apyrexie se manifestaient. La rechute passait ainsi forcément inaperçue, surtout si la réascension thermique était modérée et peu ou point accompagnée de phénomènes réactionnels dignes d'attirer l'attention du médecin. »

Que faut-il penser de ces diverses appréciations ? D'une façon générale on peut dire que la courbe thermique de la grippe ne présente pas un type bien net. Cependant elle offre certains caractères à peu près constants qu'il est bon de signaler. C'est d'abord la brusque ascension du début. La température s'élève en effet d'emblée à 39°, 39°5 ou 40° pour n'y plus jamais atteindre ; d'autres fois elle arrive à son maximum dans l'espace de 24 à 48 heures. Les oscillations de la courbe thermique sont habituellement amples, les rémissions matinales bien accusées. Enfin la rechute signalée par Teissier peut être regardée comme un très bon signe, et nous avons pu le constater sur quelques-uns de nos tracés; mais il est vrai de dire que cette réascension est souvent à

peine accusée et peut facilement passer inaperçue. Nous avons également constaté l'encoche en forme de V survenant au milieu de la période d'état, mais ce signe est moins constant que la rechute. Cette rechute marque, on peut dire, la fin de la maladie, car la température ne se maintient pas élevée et le malade redevient apyrétique un ou deux jours après cette réascension, qui du reste ne s'accompagne d'aucune réaction de l'organisme.

Période terminale. — Cette période finale de la maladie se marque par la disparition graduelle des symptômes. Les phénomènes généraux s'améliorent habituellement les premiers; quant aux symptômes locaux, ils disparaissent pour la plupart après la chute de la température.

La convalescence de la maladie est longue, traînante. Elle est caractérisée par la persistance des douleurs musculaires, de la lassitude, de l'abattement. Les forces sont déprimées, l'intelligence même a souvent perdu de son activité. A tous ces signes il faut ajouter la persistance fréquente de la toux, de l'anorexie, quelquefois même de la diarrhée.

La durée de la grippe à forme typhoïde est variable ; elle peut osciller entre huit jours et trois septenaires.

DIAGNOSTIC

Ce que nous venons de dire concernant la symptomatologie de la grippe à forme typhoïde, permet de comprendre les difficultés du diagnostic différentiel entre cette affection et la dothiénentérie.

Cependant, dans la plupart des cas, on peut, en se basant sur quelques différences de fréquence, d'intensité ou de distribution dans les symptômes communs, on peut arriver à établir un diagnostic clinique. La marche de la maladie et la courbe thermique aident surtout à le préciser.

Si nous examinons le début des deux affections, nous voyons qu'il présente beaucoup d'analogie. Ce sont les mêmes malaises ; des deux côtés on retrouve de l'anorexie, de la courbature, de la céphalée, des épistaxis. Mais dans la fièvre typhoïde si on cherche à remonter au début tout à fait de la maladie, on trouve généralement une période prodromique beaucoup plus longue que dans la grippe, où les prodromes peuvent manquer complètement. De plus, la céphalalgie grippale est gravative, localisée au front et aux tempes ; elle est moins intense dans la fièvre typhoïde, où elle siège surtout à la nuque et le long des premières vertèbres cervicales. Les douleurs musculaires sont plutôt le fait de la grippe ainsi que l'hyperesthésie cutanée. Il est exceptionnel de voir le typhique accuser autre chose que de la courbature.

Si nous entrons dans la période d'état, nous trouvons dans

les symptômes gastriques peu de différences. Cependant la langue des grippés n'a jamais l'aspect de celle des typhiques: chez ces derniers, elle est sèche, rôtie, fendillée, recouverte de fuliginosités ; c'est ce qu'on désigne sous le nom de « langue de perroquet ». Le grippé, lui, conserve généralement sa langue humide si grave que soit son état ; elle est recouverte d'un enduit saburral, épais, grisâtre, membraniforme, c'est la « langue porcelainée » de Faisans.

Du côté abdominal, la douleur est moins localisée dans la grippe, la constipation est plus féquente, le ballonnement moins accentué ; les selles sont moins fréquentes et moins fétides. Quant aux taches rosées, nous avons vu le peu de valeur qu'il fallait y attacher au point de vue diagnostic ; toutefois il faut convenir qu'on les rencontre beaucoup plus rarement dans la grippe que dans la dothiénentérie.

Les phénomènes nerveux ont généralement moins d'intensité dans la grippe, l'adynamie et la stupeur sont moins marquées, le délire pas aussi prononcé, les hallucinations, les soubresauts, le coma beaucoup moins fréquents. Mais il suffit de savoir que tous ces phénomènes peuvent exister dans la grippe, pour ne pas attacher à leur présence une grande signification.

Les symptômes thoraciques diffèrent peu également, mais sont en général plus accentués dans la grippe. La toux est plus violente, l'expectoration plus abondante, la dyspnée plus accusée.

Quant aux signes d'auscultation, il en est un qui est rarement observé dans la dothiénentérie et commun dans la grippe, c'est l'obscurité respiratoire.

Le pouls est rarement dicrote dans la grippe, c'est presque la règle dans la dothiénentérie.

Ces divers éléments de diagnostic différentiel auront encore

besoin d'être complétés par l'étude de la température, par la marche et la durée de l'affection.

La courbe thermique se comporte, en effet, d'une façon toute différente dans les deux maladies : dans la fièvre typhoïde, l'élévation de la température se fait d'une façon graduelle en quatre ou cinq jours. Nous avons vu que, dans la grippe, la courbe atteignait son maximum dès le premier jour ou le second ; les oscillations sont plus amples, les rémissions matinales plus accusées. Enfin l'existence de l'encoche et la réascension thermique seront encore en faveur du diagnostic de grippe. On ne confondra pas cette réascension de la grippe avec la rechute de la dothiénentérie, celle-ci est toujours de plus longue durée et s'accompagne de phénomènes locaux et généraux semblables à ceux qu'on observe dans le cours de la maladie. La rechute grippale est de courte durée et ne s'accompagne d'aucun phénomène réactionnel.

La marche, la durée de l'affection, l'existence d'une épidémie, seront de bons moyens à utiliser pour éclairer le diagnostic.

Tels sont les signes qui, dans la plupart des cas, permettent d'établir le diagnostic différentiel entre la grippe à forme typhoïde et la dothiénentérie. Mais ces divers éléments ne suffiront pas toujours à déterminer, d'une façon absolue, l'affection qui est en cause. Il sera bon d'appuyer le diagnostic clinique sur la bactériologie.

Il semblerait naturel, au premier abord, de rechercher le micro-organisme qui est l'agent pathogène de la maladie que nous étudions. Le bacille de Pfeiffer, découvert par cet auteur en 1892 dans les produits d'expectoration, est admis aujourd'hui par la majorité des auteurs comme le microbe spécifique de la grippe. Mais s'il a été facile à ceux qui l'ont étudié de le décrire, il n'est point si commode à découvrir, puisque certains auteurs l'ont cru voir dans le sang, tandis

que d'autres le nient. Donc, en l'état actuel de la science, tout en admettant la spécificité de ce bacille, nous ne sommes guère avancés, puisque nous ne possédons pas encore de moyens suffisamment sûrs pour le découvrir.

Pour la fièvre typhoïde, les résultats sont plus satisfaisants. Le bacille d'Eberth se cultive parfaitement et a pu être inoculé à certains animaux. Mais la caractéristique de ce bacille résulte de la propriété dont jouit le sérum du sang d'un typhique d'agglutiner et d'immobiliser, en formant une sorte de précipité, les bacilles d'Eberth contenus dans une culture en bouillon. C'est ce phénomène intéressant, mis en lumière par les expériences de Widal, qui est utilisé sous le nom de séro-diagnostic. Ce séro-diagnostic sera positif ou négatif, suivant que le sérum qui servira à l'expérience appartiendra ou non à un typhique.

On comprend toute l'importance de ce signe pour fixer d'une façon péremptoire notre diagnostic. Dans le cas, en effet, où l'examen clinique ne suffit pas, la séro-réaction de Widal viendra trancher la question. Si l'expérience est positive, plus de doutes : on sera en présence d'un typhique ; dans le cas contraire, on aura le droit de porter le diagnostic de grippe à forme typhoïde. Cependant il sera bon de renouveler l'expérience, car on a vu plusieurs fois un premier séro négatif, être suivi, à quelques jours d'intervalle, d'un résultat absolument contraire.

Le manuel opératoire est facile et à la portée, on peut dire, de tous les praticiens. Il suffit d'avoir à sa disposition des cultures pures en bouillon de bacilles d'Eberth, que l'on peut conserver pendant des semaines. On procède tout simplement de la façon suivante : On fait à la pulpe d'un doigt du malade une légère piqûre à l'aide d'une lancette, ou avec la pointe d'un bistouri. On recueille de cette façon dans une éprouvette 1 à 2 centim. cub. de sang. Au bout de quelques

minutes, le sérum se sépare du caillot et on peut pratiquer l'expérience. On ajoute 1 goutte du sérum ainsi obtenu à X gouttes d'une culture en bouillon de bacilles d'Eberth. Si le sérum provient d'un typhique, on constate sous le microscope des amas de bacilles agglutinés qui placardent pour ainsi dire le champ du microscope. Si l'on n'a pas affaire à du sérum de typhique, on voit les bacilles isolés, et doués d'une extrême mobilité.

Tel est le moyen auquel on aura recours, lorsqu'on voudra confirmer d'une façon absolue les données de la clinique. C'est d'ailleurs le procédé qui a été employé pour la plupart des observations que nous reproduisons.

La grippe à forme typhoïde peut aussi être confondue avec la granulie et l'embarras gastrique fébrile. Nous dirons seulement quelques mots du diagnostic différentiel avec ces deux affections.

Chez le malade atteint de granulie, on trouvera une longue période prodromique, des antécédents héréditaires ou personnels de tuberculose ; une émaciation rapide, des sueurs nocturnes abondantes, une dyspnée intense ; quelquefois des signes stéthoscopiques caractéristiques. La présence de bacilles de Koch dans les crachats lèvera tous les doutes.

Quant à l'embarras gastrique fébrile, on ne le confondra que difficilement avec la grippe. Car c'est généralement une affection des saisons chaudes ; les phénomènes généraux qui l'accompagnent, sont rarement aussi intenses que dans la grippe, tandis que les phénomènes gastriques (vomissements, haleine fétide, douleur à l'épigastre) sont très accusés, et ces symptômes sont loin d'être de règle dans la grippe. La courte durée de la maladie mettra du reste très vite fin à toute hésitation.

PRONOSTIC — TRAITEMENT

Le pronostic de la grippe à forme typhoïde a été favorable dans tous les cas que nous avons observés. Il n'en est pas moins vrai que cette variété de grippe est remarquable par l'intensité de ses symptômes, la longue durée de son évolution, la lenteur de sa convalescence. Cette affection apporte au plus haut degré des troubles profonds dans l'organisme; des accidents pulmonaires, cardiaques ou cérébraux peuvent venir la compliquer d'une façon redoutable. Il sera bon, par conséquent, de toujours réserver le pronostic.

Quant aux indications thérapeutiques, elles sont les mêmes, on peut dire, que pour la dothiénentérie. Soutenir le cœur, assurer la dépuration de l'organisme par les divers émonctoires, combattre les accidents d'intoxication secondaire par l'antisepsie intestinale, telles seront les principales indications à remplir.

Au début, on pourra administrer un purgatif salin (sulfate de soude ou de magnésie), de préférence à un vomitif, qui aurait l'inconvénient d'augmenter l'adynamie.

L'antisepsie intestinale sera réalisée par l'emploi du benzo-naphtol, qu'on administrera à la dose de 2 à 4 grammes par jour. Les lavages de l'intestin à l'eau bouillie seront également de mise.

L'hyperthermie sera combattue par les lavements froids

ou mieux encore par les bains tièdes, qui s'adresseront particulièrement à l'état typhique.

Contre l'adynamie, l'extrait de quinquina, les boissons stimulantes, l'alcool, seront utilisés ; on recourra à la caféine dans le cas de défaillance cardiaque.

L'alimentation des malades sera exclusivement liquide. On autorisera le lait, le bouillon, la limonade vineuse. On les fera boire abondamment, afin de leur faire éliminer les toxines microbiennes accumulées dans l'organisme.

Pendant la convalescence, on surveillera l'alimentation, qui ne devra être ni trop précoce, ni trop abondante. On donnera aux malades des amers pour stimuler les fonctions digestives, des toniques pour relever leurs forces. On leur conseillera le changement d'air et le repos.

CONCLUSIONS

I. Il existe réellement une forme typhoïde de la grippe qui, par son allure et son aspect général, présente tous les caractères de la dothiénentérie.

II. Le diagnostic entre ces deux affections est très délicat, surtout au début. On trouve néanmoins, par l'examen minutieux de chaque symptôme, certains signes cliniques qui permettent de se prononcer dans un sens ou dans l'autre.

III. Le séro-diagnostic bien souvent permettra, seul, de trancher le diagnostic.

IV. — Le pronostic de la grippe à forme typhoïde est généralement favorable, mais la durée de cette maladie est longue et sa convalescence fort lente. Quant aux indications thérapeutiques, elles seront les mêmes que pour la fièvre typhoïde.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Brochin. — Article «Grippe» du Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Revue clinique (Gaz. des hop., 19 mars 1881).

Barthélemy. — 1890. Erythèmes dans la grippe.

Coigne. — Province médicale, 1890.

Delezenne.— Etude clinique de la grippe à forme typhoïde. Revue de médecine, octobre 1892.

Duflocq. — Revue de médecine, février 1890.

Divaris. — La Grippe.

Faure-Muller. — Bains froids dans les formes typhoïdes des maladies infectieuses. Th. Paris, 1893.

Fiessinger. Lyon médical, 1890.

Ferrand. — La Constitution médicale grippale et la f. typh. Journal de médecine interne, 15 mai 1899.

Gaillard. — La Grippe.

Gintrac. — Etude sur les principales épidémies de grippe, Paris, 1837.

Huchard. — La Grippe, ses formes cliniques, ses rapports avec d'autres maladies. Revue gén. de clinique et de thérapeutique, 1891.

Lemoine. — Grippe à forme typh. Clinique de l'hôp. de la Charité de Lille. Semaine méd., octobre 1892.

Lapie. — Th. de Paris, 1876.

Lombard. — Epidémie de grippe à Genève. Gaz. méd. 1837.

Laveran. — Médecine moderne 1890. Thermométrie de la grippe.

G. Lyon. — Revue des sciences médicales, 1890.

Menu. — Thermométrie clinique de la grippe envisagée comme maladie spécifique. Th. Lyon, 1892.

Marty (J.). — Grippe et maladies évoluant simultanément. Etude épidémiologique. Archives gén. de médecine, juillet 1898,

Mossé. — Dictionnaire encyclopédique, article « thermométrie. »

Netter. — Article «Grippe», in Traité de médecine de Brouardel et Gilbert.

Ombrédanne. — Grippe et fièvre typh. Etude sur l'infection typho-grippale. Th. de Montpellier, 1896.

Pelon. — Communication au Congrès de médecine interne. Montpellier 1898.

Pétrequin. — Recherches pour servir à l'histoire de la grippe. Gazette médicale de Paris, 1837.

Ripperger.— L'influenza et ses rapports avec la fièvre typhoïde.

Sabatier. — Contribution à l'étude des rapports de la grippe et de la fièvre typhoïde. Th. Paris, 1899.

Saint-Ange. — Grippe et fièvre typh. Infection typho-grippale. Archives médicales de Toulouse, août 1895.

Teissier. — Lyon médical, 25 janvier 1892 et 26 juin 1892.

Widal. — Traité de médecine, Charcot et Bouchard, «Grippe», tom. I.

Wunderlich. — De la température dans les maladies.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 26 mai 1900.
Le Recteur,
A. BENOIST.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 26 mai 1900
Le Doyen,
L. VIALLETON.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.